

# Formulaire à remplir par les employés affiliés au syndicat CSN



LA PERSONNE ADHÉRENTE DOIT REMPLIR LES SECTIONS 1-2-3-7 ET LES SECTIONS 4 ET 6 SI NÉCESSAIRE  
L'EMPLOYEUR DOIT REMPLIR LA SECTION 5 — LA SECTION 8 EST RÉSERVÉE À SSQ

S'EMPLOIE SANS CARBONE — ÉCRIRE FERMEMENT S.V.P.

C.P. 10500, succursale Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6



Remplir uniquement les sections pertinentes  
(La section 1 est obligatoire)

DEMANDE D'ADHÉSION   
DEMANDE DE CHANGEMENT

3. Choix du régime obligatoire

3. Protections à adhésion automatique sauf si « Je renonce à cette protection » est coché

3.5 Raison de la modification

4. À remplir si 3.3 choisi

<b>1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE</b>										
Nom <b>Nom</b>			Prénom <b>Prénom</b>			N° d'assurance sociale				
<b>2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX</b>										
Adresse <b>N°, Rue, App.</b>						Code postal				
N° tél. à la résidence		N° tél. au travail		Date de naissance		Sexe		Communication		
<b>DÉSIGNATION DE LA PERSONNE CONJOINTE</b>										
Nom			Prénom			Date de naissance		Sexe		
<b>3 RÉGIMES</b>										
3.1 RÉGIME D'ASSURANCE SANTÉ (OBLIGATOIRE) Veuillez cocher une seule case selon le scénario de protection désiré. (Voir note 1 au verso)										
Individuel			Monoparental				Familial			
Scénario de protection			Scénario de protection				Scénario de protection			
Adhérent			Adhérent				Adhérent			
Enfants à charge			Enfants à charge				Enfants à charge			
Conjoint et enfants à charge			Conjoint et enfants à charge				Conjoint et enfants à charge			
<input type="checkbox"/> Exemption ► La portion de la section 5.13 relative à l'exemption doit être remplie par l'employeur.										
<b>3.2 RÉGIME DE SOINS DENTAIRES (FACULTATIF)</b>										
Vous devez choisir une seule case selon le statut de protection désiré. (Voir note 2 au verso)										
Individuel			Monoparental				Familial			Termination
<input checked="" type="checkbox"/> Adhésion automatique			<input type="checkbox"/> Je renonce à cette protection				<input type="checkbox"/> Adhésion automatique			<input type="checkbox"/> Je renonce à cette protection
participation minimale 36 mois										
<b>3.3 RÉGIME OPTIONNEL I D'ASSURANCE VIE (FACULTATIF)</b> (Voir notes 3 et 4 au verso)										
3.3.1 DE BASE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE (1 fois le salaire annuel)										
<input checked="" type="checkbox"/> Adhésion automatique			<input type="checkbox"/> Je renonce à cette protection				<input type="checkbox"/> Adhésion automatique			<input type="checkbox"/> Je renonce à cette protection
3.3.2 ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE (le montant peut être 1, 2, 3, 4 ou 5 fois le salaire annuel)			3.3.2 ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE (le montant peut être 1, 2, 3, 4 ou 5 fois le salaire annuel)				3.3.2 ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE (le montant peut être 1, 2, 3, 4 ou 5 fois le salaire annuel)			3.3.2 ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE (le montant peut être 1, 2, 3, 4 ou 5 fois le salaire annuel)
3.3.3 DE LA PERSONNE CONJOINTE ET DES ENFANTS À CHARGE			3.3.3 DE LA PERSONNE CONJOINTE ET DES ENFANTS À CHARGE				3.3.3 DE LA PERSONNE CONJOINTE ET DES ENFANTS À CHARGE			3.3.3 DE LA PERSONNE CONJOINTE ET DES ENFANTS À CHARGE
3.3.4 ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE CONJOINTE (le montant peut être 1 à 10 tranches de 10 000 \$)			3.3.4 ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE CONJOINTE (le montant peut être 1 à 10 tranches de 10 000 \$)				3.3.4 ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE CONJOINTE (le montant peut être 1 à 10 tranches de 10 000 \$)			3.3.4 ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE CONJOINTE (le montant peut être 1 à 10 tranches de 10 000 \$)
3.4 RÉGIME OPTIONNEL II D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (selon le vote de l'unité d'accréditation) (Voir notes 3, 4 et 5 au verso)										
OBLIGATOIRE (OPTION II O OU II O+)			FACULTATIF (OPTION II F) <input type="checkbox"/>				Optionnel <input type="checkbox"/>			Optionnel <input type="checkbox"/>
3.5 Événement justifiant la demande de changement. Indiquez la date de l'événement (Pour la cohabitation, indiquez la date de début)										
1. COHABITATION (Vie maritale) <input type="checkbox"/> → 1.1 Un enfant est-il issu de l'union? <input type="checkbox"/> → Si oui, date de naissance de l'enfant <input type="checkbox"/> → 2. MARIAGE OU UNION CIVILE <input type="checkbox"/> → 3. ADOPTION <input type="checkbox"/> → 4. NAISSANCE <input type="checkbox"/> → 5. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT <input type="checkbox"/> → 6. SÉPARATION <input type="checkbox"/> → 7. DIVORCE <input type="checkbox"/> → 8. PERTE DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE CONJOINTE <input type="checkbox"/>										
<b>4 BÉNÉFICIAIRE</b>										
Je désigne comme bénéficiaire (au décès) :										
Conjoint(e) légal(e) (1) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait (7) <input type="checkbox"/> Fils-filles (2) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) légal(e) et fils - filles (6) <input type="checkbox"/> Père-mère (3) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait et fils - filles (8) <input type="checkbox"/> Frères-Sœurs (4) <input type="checkbox"/>										
Le bénéficiaire est révocable* <input type="checkbox"/> (peut être changé en tout temps)										
Le bénéficiaire est irrévocable* <input type="checkbox"/> (ne peut être changé sauf avec le consentement écrit du bénéficiaire nommé irrévocable)										
Nom(s) du(des) bénéficiaire(s) :										
<input type="checkbox"/> OU La somme assurée sera payable à la succession de l'adhérent										
* Au Québec, en l'absence de choix à cette question, la désignation du conjoint <u>légal</u> est irrévocable et la désignation de tout autre bénéficiaire est révocable.										

Dans le présent document, SSQ désigne SSQ, Société d'assurance-vie Inc.

<b>5 EMPLOYEUR</b>											
5.1 Nom de l'organisme			5.2 N° d'établissement			5.3 N° de groupe <b>A</b> ou <b>T</b>					
5.4 (N° d'emploi) <b>99999</b>			5.5 Date d'emploi		5.6 Date d'admissibilité		5.7 Reçu de l'employé		5.8 STATUT D'ENGAGEMENT ET DÉLAI D'ADMISSIBILITÉ		
• 5.8.1 personne salariée embauchée à temps complet ou à 70 % ou plus du temps complet dans un poste (1 mois) <input type="checkbox"/> • 5.8.2 personne salariée embauchée dans une catégorie d'emploi autre que la précédente (3 mois) sauf pour le régime Santé I (1 mois) <input type="checkbox"/>											
<b>5.9 ABSENCE DU TRAVAIL?</b>											
5.9.1 Est-ce que la personne adhérente est présentement absente du travail?											
<input type="checkbox"/> 5.9.2 Non <input type="checkbox"/> 5.9.3 Oui Si oui, raison _____											
5.9.4 Date du début de l'absence _____											
La personne adhérente:											
<input type="checkbox"/> 5.9.5 a maintenu sa participation <input type="checkbox"/> 5.9.6 a suspendu sa participation (sauf le régime d'assurance Santé I)											
5.10 POURCENTAGE DE TEMPS TRAVAILLÉ											
Cette personne adhérente a travaillé 25 % ou moins du temps complet au cours de la période de référence et a décidé de :											
5.10.1 <input type="checkbox"/> participer ou maintenir sa participation à l'assurance. (Voir note 5 au verso)											
5.10.2 <input type="checkbox"/> cesser de participer à l'assurance. (Voir note 6 au verso)											
5.10.3 <input type="checkbox"/> ne pas participer à l'assurance. (Voir note 6 au verso)											
5.11 SALAIRE ANNUEL SELON LA CONVENTION COLLECTIVE (comme si 100 % du temps plein)											
_____ \$ / année											
5.12 Je certifie que les renseignements sont exacts et complets.											
_____											
Nom du représentant de l'employeur (lettres moulées)											
N° tél. _____ Poste _____											
Signature du représentant de l'employeur _____											
<b>5.13 EXEMPTION</b>											
<input type="checkbox"/> 5.13.1 Début d'exemption ► 5.13.2 Date de début d'exemption _____ ► conservez la preuve de l'existence de l'assurance permettant l'exemption.											
<input type="checkbox"/> 5.13.3 Fin d'exemption ► 5.13.4 Date de la fin d'exemption _____ ► conservez la preuve de la fin de l'assurance ayant permis l'exemption.											
<b>5.14 REMARQUES</b>											
<b>6 DÉCLARATION DE PERSONNE NON-FUMEUSE</b>											
«Je soussigné(e) déclare être une personne non-fumeuse et n'avoir fumé aucun produit de tabac tel que cigarette, cigare ou pipe, ni aucune drogue au cours des douze (12) derniers mois. Il est entendu que SSQ peut demander périodiquement une confirmation de ce statut. À défaut de répondre, la personne assurée perd ce statut et ne bénéficie plus de la réduction de primes qui s'y rattache à compter de la date de la demande de SSQ. Je reconnais également que toute fausse déclaration ou réticence peut entraîner la nullité de la protection.»											
Pour vous-même											
6.1 Date : _____											
6.2 Signature de la personne adhérente : _____											
À remplir si 3.3.2 choisi											
Pour votre personne conjointe											
6.3 Date : _____											
6.4 Signature de la personne conjointe : _____											
À remplir si 3.3.4 choisi											
<b>7 AUTORISATIONS ET SIGNATURE</b>											
J'autorise mon employeur à déduire de mon salaire les primes requises en vertu des régimes que j'ai choisis. J'autorise mon employeur et SSQ à utiliser, pour des fins administratives, les renseignements contenus dans cette demande, y compris mon numéro d'assurance sociale. Je certifie que les renseignements inscrits sur cette demande sont exacts et complets. Je reconnais de plus avoir pris connaissance de l'avis au verso concernant les dossiers et les renseignements personnels et avoir conservé copie de la présente formule.											
7.1 Date : _____											
7.2 Signature de la personne adhérente <b>Signature obligatoire</b>											
<b>8 SECTION SSQ</b>											
N° groupe		N° certificat			En vigueur			Classe		Adhérent sélection	
										Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
MAL		FRAIS DENT.		I.H.		R.I.P.		VIE		M.M.A.	
BASE								P.A.C.		CONJOINT	
										ENFANTS	
ADD.											
Adhérent(e) fumeur(se) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>											
Conjoint(e) fumeur(se) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>											
Codifié par _____											
Code certificat _____											

copie blanche pour SSQ — Copie jaune pour l'employeur — Copie rose pour la personne adhérente

FV879F (2019-01)